

Essai sur la nature du torticolis congénital

THESE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 23 juillet 1942

PAR

ALBERT PALANQUE

Né le 20 avril 1916 à Savenès (Tarn-et-Garonne)

ELEVE DE L'ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
ET DES TROUPES COLONIALES

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

*Examineurs
de la Thèse*

MM. ETIENNE, professeur, président.

AIMES, professeur.

ROUX, agrégé.

CADERAS DE KERLEAU, agrégé

Assesseurs

IMPRIMERIE DE LA PRESSE

3. Rue Jardin-Martel, 3

MONTPELLIER

1942

ESSAI SUR LA NATURE
DU TORTICOLIS CONGENITAL

Essai sur la nature du torticolis congénital

THESE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 23 juillet 1942

PAR

ALBERT PALANQUE

Né le 20 avril 1916 à Savenès (Tarn-et-Garonne)

ELEVE DE L'ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
ET DES TROUPES COLONIALES

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

Examineurs de la Thèse	MM. ETIENNE, <i>professeur, président.</i>	Assesseurs
	AIMES, <i>professeur.</i>	
	ROUX, <i>agrégé.</i>	
	CADERAS DE KERLEAU, <i>agrégé</i>	

IMPRIMERIE DE LA PRESSE
3, Rue Jardin-Martel, 3
MONTPELLIER

1942

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Chaires:

Anatomie	MM.
Histologie	J. DELMAS.
Physiologie	TURCHINI.
Chimie biologique médicale et toxicologie	HEDON.
Physique médicale	CRISTOL.
Anatomie pathologique et médecine expérimentale	PECH.
Microbiologie	BAUMEL.
Pathologie et thérapeutique générales	LISBONNE.
Thérapeutique et matière médicale	PAGES.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	JANBON.
Hygiène	PUECH.
Médecine légale et médecine sociale	CARRIEU.
Pathologie médicale et clinique propédeutique	VIDAL.
Clinique médicale	BOULET.
Clinique chirurgicale	L. RIMBAUD.
Clinique obstétricale	GIRAUD, doyen.
Clinique des maladies mentales et nerveuses..	MASSABUAU, ass.
Clin. des malad. des enfants et hyg. du 1 ^{er} âge	RICHE.
Clinique de dermato-syphiligraphie	P. DELMAS.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie..	EUZIERE, doyen. hon.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	BOUDET.
Clinique gynécologique	MARGAROT.
Clinique ophtalmologique	ETIENNE.
Clinique d'oto-rhino-lar. et chir. maxillo-faciale.	JEANBRAU.
	LAPEYRE.
	DEJEAN.
	TERRACOL.

Charges de cours:

Anatomie	LAUX.
Histologie	GRANEL.
Radiologie	LAMARQUE.
Propédeutique chirurgicale	AIMES.

Professeurs honoraires

MM. TEDENAT, FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS, CABANNES,
GALAVIEILLE, VIRES, BOSC, VILLARD, GRYNFELTT.

Chargés d'enseignements complémentaires

Chimie	MM.	Clinique de la	MM.
Microbiologie ..	MONNIER, agrégé.	tuberculose ..	VIDAL, professeur.
Hist. nat. méd.	CARRERE, agrégé.	Pathologie chir..	MOURGUE.
Pharmacologie ..	HARANT, agrégé.	—	MOLINES, agr.
Pathologie méd.	BOUCOMONT, agr.	—	TRUC, agrégé.
—	BERT, agrégé.	Chir. experim. .	GUIBAL, agrégé.
Propédeut. méd.	P. RIMBAUD, agr.	Médecine opér. .	ROUX, agrégé.
Clinique interne.	PUECH, professeur.	Accouchements .	CADERAS
Clin. des mal.			DE KERLEAU, agr.
contagieuses. .	JANBON, profes.	Stomatologie ..	N...

Agrégés en exercice

Médecine	MM.	Chirurgie	MM.
—	P. RIMBAUD.	—	MOURGUE.
—	BOUCOMONT.	—	MOLINES.
—	BERT.	—	GUIBAL.
Chimie	LAFON, ch. d'agr.	—	ROUX.
Bactériologie ..	MONNIER.	Urologie	TRUC.
Hist. nat. méd.	CARRERE.	Accouchements .	CADERAS
	HARANT.		DE KERLEAU.

Examineurs de la thèse

MM. ETIENNE, prof., présid.	MM. ROUX, agrégé.
AIMES, professeur.	CADERAS de KERLEAU, agr.



A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA GRAND-MERE

A MA MERE

*Puisse cette consécration de mes
études la récompenser de ses sacrifices.*

A MA FEMME

Avec tout mon amour.

A MES ENFANTS

CHRISTINE ET PHILIPPE

Avec tout mon espoir.

A MON FRERE

AU DOCTEUR ROGER PEDOUSSAUT

En captivité.

A MES BEAUX-PARENTS

A LA MEMOIRE DE MON CAMARADE
LE MEDECIN AUXILIAIRE PIERRE DUBOURG
MORT POUR LA FRANCE LE 9 JUIN 1940

A LA PROMOTION PIERRE DUBOURG

A MES CAMARADES DE L'ÉCOLE
DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
ET DES TROUPES COLONIALES

A MONSIEUR LE MEDECIN GENERAL SOLCARD
DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES
ASSOCIÉ NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MONSIEUR LE MEDECIN EN CHEF VARACHE
SOUS-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
MÉDAILLE MILITAIRE — CROIX DE GUERRE

À MES PROFESSEURS DE L'ÉCOLE ANNEXE
DE ROCHEFORT

A MES MAÎTRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX
DE BORDEAUX

A MES MAÎTRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX
DE MONTPELLIER

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ETIENNE
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE
ET D'ORTHOPÉDIE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Vous nous avez fait le très grand
honneur d'accepter la présidence de
notre thèse et vous nous en avez donné
les directives essentielles.*

*Nous vous prions de trouver ici
l'expression de notre reconnaissance
la plus respectueuse.*

A MES JUGES

ESSAI SUR LA NATURE DU TORTICOLIS CONGENITAL

INTRODUCTION

Dans la lutte qu'il engage contre toute affection, le praticien dispose de plusieurs moyens dont l'un des plus efficaces est le traitement étiologique qui coupe le mal dans sa racine. Mais l'idéal c'est de pouvoir empêcher les atteintes de la maladie par des mesures précoces qui constituent le traitement préventif. Dans l'un et l'autre cas, on suppose connue la cause première exacte qui détermine les lésions. Malheureusement, si beaucoup d'affections se présentent avec une cause évidente — et il faut en retrancher celles dont cette cause connue est inaccessible dans l'état actuel de nos connaissances — nombreuses sont celles où règne encore une obscurité totale.

Le premier devoir des chercheurs est alors d'essayer de mettre un peu de lumière dans leur mécanisme en s'entourant d'éléments de tous ordres, cliniques, anatomiques, histologiques, etc. Parfois, les éléments réunis sont insuffisants. On est alors réduit à l'hypothèse ; bâtie par le pur raisonnement, elle a pour base soit des analogies, soit des faits anormaux, soit des expériences négatives. Sans qu'elle soit démontrée, on doit toujours la justifier, parfois, on peut la vérifier par un traitement d'épreuve qui joue le rôle de pierre de touche. Il arrive ainsi qu'elle se révèle

féconde par les méthodes qu'elle engendre ou les résultats qu'elle procure. On ne lui en demande souvent pas davantage et la science progresse ainsi d'hypothèse en hypothèse jusqu'à la preuve finale et la thérapeutique élective.

En ce qui concerne le torticolis congénital qui fait l'objet de ce modeste travail, l'obscurité est encore presque complète, malgré les travaux éminents de nombreux chirurgiens. Les hypothèses variées qui se sont succédées jusqu'à nos jours, en ont fait tantôt un torticolis obstétrical, tantôt un torticolis congénital, apportant chacune une contribution à l'étude de la question, mais sans jeter une clarté définitive sur ce trouble mystérieux, souvent bénin certes, mais si disgracieux qu'il nécessite presque toujours une intervention chirurgicale.

Pour notre part, nous n'avons pas la prétention d'élucider le problème, mais nous allons nous efforcer, avec l'appui de plusieurs observations, de ramener l'attention sur une théorie pathogénique déjà ancienne et qui, bien que séduisante, a toujours été rejetée pour des raisons diverses, dont la principale semble être la fragilité des documents anatomopathologique ou leur appréciation inexacte.

Grâce à l'obligeance de M. le Professeur Etienne, nous avons pu recueillir un ensemble d'observations qui nous permettent d'envisager de nouveau cette hypothèse ; nous allons le faire le plus objectivement possible.

Tout d'abord, nous allons exposer brièvement l'état actuel de la question en examinant dans l'ordre chronologique les diverses théories qui ont successivement prévalu.

CHAPITRE PREMIER

RAPPEL DES THEORIES

Dès 1838, un chirurgien anglais : Stromeyer, faisait du torticolis musculaire observé dès la naissance une affection acquise et consécutive à un traumatisme obstétrical de la région du cou. Il se formait d'abord un hématome dans le sein du muscle sterno-cleïdo-mastoïdien et son évolution ultérieure provoquait la rétraction fibreuse du muscle.

En 1891, Petersen rejetant ce torticolis obstétrical élaborait l'hypothèse d'un torticolis congénital vrai, acquis pendant la vie intra-utérine à la suite d'une maladie de l'amnios. Il semblait que le sterno-cleïdo-mastoïdien puisse rapprocher ses insertions par suite de l'inclinaison prolongée de la tête sur l'épaule comme il arrive dans un oligamnios. L'auteur s'appuyait sur la coexistence fréquente avec le torticolis d'autres malformations congénitales, telles que le pied bot ou la luxation congénitale ; d'autre part, sa théorie avait l'avantage d'expliquer la fréquence des sièges, et partant, les difficultés obstétricales que l'on rencontre si souvent dans les antécédents des porteurs de torticolis.

Mikulicz et Kader, en 1894, pensaient qu'une infection généralisée pouvait se localiser sur le sterno cleïdo-mastoïdien au cours d'un traumatisme provoquant ainsi la myosite scléreuse, mais ils n'apportaient aucun argument pour étayer leur affirmation.

Ayant constaté l'identité des lésions microscopiques entre le torticollis congénital et la rétraction ischémique de Volkmann, Nové — Josserand et Viannay avançaient en 1906, que le torticollis était consécutif à des troubles circulatoires d'ordre ischémique provoqués par une situation anormale in utéro — par exemple la compression du sterno-cleïdo-mastoïdien par l'épaule surélevée — Ils expliquaient du même coup, l'asymétrie faciale que l'on trouve habituellement dans la symptomatologie du torticollis. D'autre part, ils prenaient en considération l'élément traumatisme puisqu'ils prétendaient que l'ischémie temporaire que provoque l'allongement du sterno-cleïdo-mastoïdien au cours d'une dystocie suffisait à nuire à la vitalité de ce muscle. L'ischémie localisée au sterno-cleïdo-mastoïdien était due selon eux à la distribution terminale des artères nourricières de ce muscle et selon Beely, à la tension de sa gaine.

Il faut attendre à 1911 pour voir admettre par Couvelaire le rôle des lésions inflammatoires congénitales d'origine syphilitique sur un muscle traumatisé. Cet auteur se trouvait ainsi en accord avec les myosites syphilitiques du sterno-cleïdo-mastoïdien de Pajet, Taylor et Fournier. Dans beaucoup de cas, le traitement hydrargyrique faisait régresser les lésions.

En 1920, Sippel constatait des cas de torticollis chez des enfants extraits par césarienne et soustraits par conséquent à tout traumatisme. Il pensait alors que le torticollis était dû à une anomalie de développement du sterno-cléïdo-mastoïdien au cours de la gestation, et qu'il fallait rechercher la cause de cette anomalie dans les attitudes vicieuses que prend un fœtus dans un utérus trop étroit.

Beaucoup d'objections ont été faites à ces théories surtout par les auteurs qui en élaboraient d'autres. C'est ainsi

que Couvelaire, avant de faire intervenir la spécificité infirmait la notion de l'hématome post-traumatique de Stromeyer, par des recherches histologiques démontrant que les lésions correspondent à de la myosite interstitielle. D'autre part, de ses expériences sur des animaux, il résultait que l'on n'observait jamais de rétraction permanente après l'attrition, l'étirement ou la section d'un muscle. Enfin, il est fréquent de voir les indurations observées par Stromeyer, disparaître sans laisser de traces.

C'est encore Couvelaire qui niait le rôle des attitudes vicieuses fœtales, prétendant qu'elles ne se prolongeaient pas pendant la vie ou qu'elles étaient corrigées par la croissance.

Ainsi, toutes ces théories, dont aucune ne nous offre un argument péremptoire, ont subsisté, tantôt décriées, tantôt prônées, suivant l'éclectisme des praticiens.

Mais au cours de ce bref rappel pathogénique, nous avons volontairement passé sous silence les théories qui font appel aux lésions du système nerveux. C'est que nous voulons précisément les mettre en évidence parce qu'elles nous paraissent susceptibles d'être revisées pour des raisons qui font l'objet de ce travail. Rompant donc l'ordre chronologique que nous avons suivi jusqu'à maintenant, nous allons exposer une théorie nerveuse déjà ancienne, mais bien délaissée.

Débarrassons-nous d'abord de l'hypothèse périphérique admise par plusieurs auteurs et en particulier par Kempf, et selon laquelle le spinal peut être contusionné par le forceps ou tirailé au cours de l'accouchement, ce qui engendrerait « un processus trophonévrotique ». Cette théorie trop obstétricale semble infirmée par les torticolis après césarienne de Sippel.

Mais envisageons la lésion centrale qui bien que entrevue depuis fort longtemps n'a jamais été soutenue par une argumentation bien fournie.

En 1876, Pean, dans les « *Eléments de Pathologie chirurgicale* de Nélaton, écrit : « Le torticollis musculaire est le plus souvent congénital ; on suppose alors que pendant la vie intra-utérine, le fœtus avait une position vicieuse ou une maladie des centres nerveux qui avait déterminé des convulsions intra-utérines, des contractures ou des paralysies ». Ainsi, « une maladie des centres nerveux » se trouve admise, mais ne repose sur aucun argument.

Ce n'est qu'en 1891 qu'un chirurgien anglais nommé Golding Bird, s'attache plus sérieusement à l'hypothèse. Il s'appuie sur le fait que le torticollis congénital est toujours accompagné d'une hémiatrophie cranio-faciale qui frappe plusieurs tissus, et il rapporte logiquement l'ensemble à une cause profonde « dans quelque masse ganglionnaire nerveuse dont la fonction est de présider à la nutrition et non pas seulement au mouvement ».

Cette opinion, quoique imprécise, n'alla pas, elle non plus, sans soulever des objections et c'est en particulier Nové-Josserand et Viannay qui déclaraient en 1906 que si cette explication était la bonne, on devrait observer des lésions beaucoup plus disséminées dans les muscles du cou. Or, dans le même article, ces auteurs exposaient leur théorie ischémique où ils présentaient le torticollis congénital comme une entité clinique et anatomique invariable et où ils admettaient que la lésion est toujours localisée au sterno-cleido-mastoïdien.

Nous allons voir par les observations qui suivent qu'il n'en est rien et que les torticollis que l'on rencontre dans la pratique sont loin d'être aussi communs que ceux qui sont décrits dans les traités classiques de chirurgie.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Ces observations que nous rapportons à titre documentaire, ont été prises dans le service de chirurgie infantile et d'orthopédie de M. le Professeur Etienne. Elles constituent, non pas des observations triées pour les besoins de la cause, mais tout un groupe d'observations formant bloc dans le temps et permettant ainsi de se faire une opinion assez exacte de l'état dans lequel se trouvaient les malades venus pour torticolis congénital. Il s'agissait dans tous ces cas d'attitudes vicieuses constatées pour ainsi dire presque dès la naissance et pour lesquelles le terme de « congénital » ne peut guère être discuté.

Nous nous contentons de rapporter ces observations très résumées, n'ayant retenu dans la rédaction que les éléments qui nous intéressent pour notre travail.

Pour en faciliter l'étude, nous les avons divisées en quatre groupes, suivant l'étendue plus ou moins grande des lésions.

Premier groupe

Observation n° 1 : R. J... entre le 19 juillet 1934, âgée de 3 ans et 3 mois.

Rétraction du sterno-cleido-mastoïdien droit sans autres lésions apparentes.

Observation n° 2 : P. R..., 7 ans 3 mois, entre le 28 octobre 1935.

Né à terme, accouchement au forceps.

Lésions intéressant le sterno-cleido-mastoïdien droit.

Observation n° 3 : M. J..., 8 ans, entre le 2 mai 1938.

Accouchement normal par le siège ; rétraction du sterno-cleido-mastoïdien droit, sans asymétrie faciale.

Observation n° 4 : P. G..., 13 mois, entre le 6 janvier 1941.

Accouchement normal par le sommet ; rétraction des deux chefs sternal et claviculaire ; appareil correcteur sans ténotomie.

Dans ce premier groupe, seules des lésions du sterno-cleido-mastoïdien sont apparentes. Nous devons cependant préciser qu'elles ont été décélées par l'examen clinique seul, et on peut supposer qu'il existe d'autres lésions qui pourraient être mises en évidence par d'autres moyens.

Deuxième groupe

Observation n° 1 : B. R..., 9 ans 1 mois, entre le 26 octobre 1935.

Né à terme, par le siège.

Torticolis constaté dès la naissance, rétraction totale du sterno-cléido-mastoïdien à droite. Deux ténotomies ont été pratiquées pour obtenir le redressement par suite des rétractions intéressant non seulement le muscle, mais le tissu péri-musculaire.

Dans cette observation, les lésions débordent le muscle. Nous en avons beaucoup d'autres qui peuvent prêter aux mêmes constatations, mais nous avons préféré les réunir au groupe suivant pour d'autres caractères.

Troisième groupe

Observation n° 2: T. G..., 2 ans 6 mois, entre le 21 janvier 1936.

Née à terme.

Présente une attitude dé la tête en torticolis, la face regardant du côté gauche; il existe une asymétrie faciale nette avec fente palpébrale dirigée en bas et en dehors; commissure labiale dirigée en haut, nez avec concavité dirigée à gauche, atrophie portant sur l'ensemble des muscles de la tête et du cou du côté gauche, sans rétraction du sterno-cléido-mastoïdien.

Observation n° 2: C. L..., 11 ans, entre le 15 juin 1936.

Née à terme, accouchement forceps.

Torticolis avec rétraction du sterno-cléido-mastoïdien droit, hémi-atrophie faciale droite, atrophie des muscles de la nuque. Scoliose cervicale avec légère scoliose dorsale compensatrice.

Observation n° 3: T. O..., 13 ans, entre le 26 octobre 1937.

Rétraction du sterno-cléido-mastoïdien gauche avec hémi-atrophie cervico-faciale; le thorax lui-même présente une déformation, l'omoplate gauche est plus saillante, la moitié gauche du thorax paraît plus développée que la moitié droite; il existe un certain degré de scoliose.

Nécessité au cours de la ténotomie de sectionner non seulement le tendon du sterno-cléido-mastoïdien, mais encore le tissu péri-musculaire.

Observation n° 4: J. R..., 6 ans 1/2, entre le 4 avril 1938.
Accouchement à terme, normal.

La mère aurait remarqué, dès les premiers mois, l'existence d'une « petite boule » sur le trajet du sterno-cléido-mastoïdien gauche, boule qui aurait disparu d'une façon progressive.

Rétraction du sterno-cléido-mastoïdien gauche entraînant la formation d'une scoliose cervicale à convexité droite, décalage de la fente palpébrale gauche, héli-atrophie légère; pas de lésion osseuse à la radiographie.

Observation n° 5: A. M..., 17 ans 10 mois, entre le 26 avril 1939.

Née à terme, présentation du sommet, application de forceps.

Rétraction du sterno-cléido-mastoïdien gauche avec atrophie de l'hémicrâne et de l'hémiface gauches, aplatissement du malaire, rétrécissement de la fente palpébrale gauche; translation de la tête vers la droite. Atrophie des muscles de la nuque.

On constate, lors de l'intervention chirurgicale qui nécessite deux ténotomies du sterno-cléido-mastoïdien, que le muscle n'est pas seul responsable de l'attitude du torticolis. Il est, actuellement, fixé par des déformations rachidiennes.

Etant donné la position de la tête sur le cou, la radiographie n'a pu donner de renseignement sur la partie inférieure de la colonne cervicale.

Une deuxième intervention, faite le 16 novembre 1940, permet de constater le remplacement du muscle par un tissu tendineux extrêmement dur, blanc et lisse, avasculaire et qui forme la corde que l'on percevait à la palpation.

Section du muscle au-dessous de la mastoïde. Sous le

muscle sectionné en totalité, sous le contrôle de la vue, il existe encore du tissu fibreux rétractile qui occupe malheureusement une zone interdite, ou tout au moins dangereuse, celle des gros vaisseaux de la base du cou.

Un fragment musculaire prélevé, examiné histologiquement, paraît peu altéré; on trouve des foyers discrets d'inflammation chronique et de menus îlots de sclérose (callosités de Volkmann).

Observation n° 6: P. M..., 2 ans, entre le 14 juin 1940.

Née à terme, accouchement normal par le sommet (pas de forceps).

Torticolis par rétraction du sterno-cléido-mastoïdien du côté droit avec atrophie de l'hémiface droite, aplatissement du malaire, rétrécissement de la fente palpébrale, atrophie des muscles de la nuque du côté correspondant.

Observation n° 7: J. M..., 8 ans 1/2, entre le 7 février 1941.

Torticolis à rétraction surtout marquée du chef sternal, mais aussi du chef claviculaire, déformation de la face tout à fait typique.

Observation n° 8: F. E..., 2 ans, entre le 16 avril 1941.

Torticolis par rétraction du sterno-cléido-mastoïdien gauche, déformation de la face tout à fait caractéristique, atrophie des muscles de la nuque du côté correspondant, scoliose à convexité gauche.

Observation n° 9: C. M..., 8 ans, entre le 4 décembre 1941.

Accouchement à terme, normal.

Rétraction du sterno-cléido-mastoïdien droit intéressant

tout le muscle; l'hémiface et l'hémicrâne correspondants sont aplasiés; rebord orbitaire supérieur gauche surélevé par rapport à celui du côté droit. Atrophie des muscles de la nuque du côté correspondant, scoliose cervicale à concavité droite, courbure dorsale de compensation à concavité gauche. Luxation congénitale de la hanche, bilatérale (aurait été traité à 16 mois), dont il reste, à l'heure actuelle, une subluxation avec ostéochondrite à droite et une subluxation également à gauche avec néo-cotyle et processus d'ostéochondrite moins accentué que de l'autre côté.

Observation n° 10: C. M..., 10 ans, entre le 22 septembre 1941.

Rétraction du sterno-cléido-mastoïdien gauche avec importante asymétrie faciale et crânienne, atrophie des muscles de la nuque du côté correspondant, scoliose cervicale à concavité gauche.

Observation n° 11: D. A..., 3 ans, entre le 4 juin 1941.

Né à terme, accouchement normal, sans forceps.

Torticolis avec rétraction du sterno-cléido-mastoïdien gauche intéressant les deux chefs, déformation faciale assez caractéristique; ténotomie.

Ici, non seulement on observe des lésions étendues bien en dehors du fissu musculaire, mais on note également une hémiatrophie crânio-faciale constante avec atrophie des muscles de la nuque du côté correspondant.

Quatrième groupe

Observation n° 1: M. F..., 6 ans 1/2, entre le 9 septembre 1937.

Rétraction du sterno-cléido-mastoïdien droit, atrophie de l'hémiface droite, atrophie des muscles de la nuque, ligne médiane de la face à convexité gauche, dorsale à convexité droite.

La radiographie montre, en plus: des altérations osseuses des 3e, 4e et 5e vertèbres cervicales avec atrophie des apophyses épineuses, plus un certain degré de rachisis antérieur.

Observation n° 2: M. M..., 8 ans, entre le 13 avril 1942.

Torticolis congénital droit; les lésions musculaires paraissent ici peu importantes, c'est surtout l'examen radiographique, pratiqué de face et de profil, qui montre de très importantes malformations du squelette vertébral cervical: soudure des corps vertébraux de C 2 à C 5 inclusivement avec, toutefois, visible sur le cliché de profil, une ébauche de métamérisation permettant de deviner les diverses vertèbres cervicales. On constate, en outre, une soudure des divers arcs postérieurs en une masse qu'il est difficile de dissocier. Enfin, il existe une subluxation de l'axis sur l'atlas. Sur le cliché de face, on peut noter des apophyses transverses un peu exagérées des dernières vertèbres cervicales.

La lésion osseuse contre indique tout acte chirurgical ou le port de tout appareil plâtré.

Dans ce dernier groupe, l'affection a pris encore une extension plus grande et a touché le tissu osseux lui-même.

ETUDE DES OBSERVATIONS

De l'examen de ces observations, il se dégage un premier point très important: la plupart d'entre elles, 6 sur les 11 à antécédents connus, se rapportent à des sujets dont la naissance s'est effectuée de la façon la plus normale du monde. Tous se présentaient par le sommet et jamais on n'a eu à pratiquer une application de forceps. L'élément traumatisme, si souvent invoqué dans la pathogénie du torticolis, est donc absent et la cause des lésions ne peut donc pas lui être subordonnée, même si l'on tient compte des compressions et des tiraillements inévitables qui se produisent dans les accouchements les plus faciles.

C'est donc de l'examen même des lésions que nous allons essayer de tirer quelques éclaircissements sur leur mode de production. Dans cette analyse, nous nous sommes inspirés, en plus des observations, d'une publication parue le 21 février 1942 sous la signature de MM. Etienne et Cheynel et nous en reproduisons ici les conclusions essentielles. Voici donc ce que l'on constate chez les petits porteurs de torticolis:

1° Le muscle sterno-cléido-mastoïdien, qui joue un rôle prépondérant dans la production de l'attitude vicieuse présente des lésions très variables dans leur extension: la plus localisée, qui est d'ailleurs un cas particulier, c'est

l'hématome, décrit depuis longtemps par Stromeyer. Mais si on considère les lésions musculaires proprement dites, on constate que parfois un seul des chefs du sterno-cléido-mastoïdien est rétracté, l'autre ayant conservé toute son intégrité. D'autres fois, le muscle est touché dans sa totalité et le raccourcissement peut être tel que au cours des opérations de redressement, la ténotomie basse habituelle s'avère insuffisante et il faut alors pratiquer, en outre, une ténotomie haute, près de l'apophyse mastoïde.

2° Les lésions débordent presque toujours le muscle sterno-cléido-mastoïdien. En effet, lorsque pendant l'intervention, un aide redresse la tête pour vaincre la résistance du tissu fibreux, on s'aperçoit que dans certains cas il existe des rétractions cicatricielles en dehors du tissu musculaire. C'est, le plus souvent, la gaine du muscle qui est l'objet de ces altérations, mais on décèle aussi des marques évidentes de sclérose, qui ont envahi le tissu environnant et qui s'infiltrant même dans la gaine des vaisseaux voisins.

3° Dans la plupart des cas, d'autres muscles que le sterno-cléido-mastoïdien sont atteints. La transformation fibreuse y est souvent absente, mais on y constate toujours un certain degré d'hypotrophie et parfois une véritable atrophie. Ces muscles sont ceux des régions latérale et postérieure du cou, en particulier le trapéze.

4° Du côté où siège le torticolis, on note toujours une hémiatrophie crâno-faciale plus ou moins marquée. Le squelette semble comprimé et l'axe vertical du visage présente une concavité du côté malade, de telle sorte que la cavité orbitaire de ce même côté est un peu plus basse que l'autre. Tous les tissus sont atteints et même l'observateur inexpérimenté s'aperçoit facilement que l'oreille du côté malade est plus petite que celle du côté sain.

5° Les examens clinique et radiologique pratiqués dans

les cas de torticolis mettent en évidence des déformations du rachis cervical, assez importantes pour gêner le redressement opératoire. Il s'agit, en général, de scoliozes non d'attitude, mais provoquées par de véritables altérations osseuses.

En résumé, nous nous trouvons devant une gamme de lésions extrêmement complète. Nous ferons abstraction des cas les plus simples représentés par les hématomes ou les nodosités du sterno-cléido-mastoïdien. Nous avons déjà dit qu'ils constituaient un cas particulier et effectivement il est difficile d'admettre pour eux une étiologie identique à celle des torticolis par rétraction musculaire.

D'ailleurs, nous devons signaler que la plupart du temps, ils disparaissent rapidement sans intervention chirurgicale après un simple traitement hydrargyrique. Tout récemment encore M. le professeur Etienne a eu l'occasion d'observer deux nourrissons qui lui ont été apportés, présentant un hématome très net du sterno-cléido-mastoïdien et chez lesquels le traitement hydrargyrique associé au port d'un petit appareil plâtré prenant appui, d'une part, sur l'épaule, d'autre part, sur la région temporo-frontale ont permis d'obtenir la disparition de l'hématome, l'assouplissement du sterno-cléido-mastoïdien et la guérison sans passage à l'attitude caractéristique du torticolis congénital.

Parmi les torticolis vraiment musculaires, maintenant, nous trouvons des cas où le sterno-cléido-mastoïdien est frappé isolément; ce sont les plus rares. La majorité, au contraire, est formée de cas complexes où l'on observe l'altération de tous les tissus d'une même région à des degrés divers. Cette diffusion de l'affection ne permet donc plus de rapporter au seul muscle sterno-cléido-mastoïdien l'origine de l'attitude vicieuse. Au contraire, si on considère la topographie des régions atteintes, on peut penser qu'il existe un

centre tenant sous sa dépendance tous les tissus intéressés et on peut alors supposer logiquement qu'une maladie de ce centre ayant évolué in utéro entraîne des lésions de tout ce territoire. La curiosité anatomique se trouvant ainsi éveillée, on ne peut éviter de faire certains rapprochements avec d'autres affections qui entraînent des rétractions comparables à celles du torticolis et dont le point de départ est indiscutablement nerveux.

CHAPITRE III

RAPPROCHEMENTS ENTRE LE TORTICOLIS CONGENITAL ET D'AUTRES AFFECTIONS

1° *Rapprochement avec le pied bot congénital:*

L'origine de cette dernière affection est encore très discutée, mais cependant, de nombreuses raisons nous autorisent à incriminer le système nerveux; c'est, tout d'abord, l'atteinte bilatérale des deux membres inférieurs qui suppose une lésion plus localisée en un point tenant sous sa dépendance les muscles considérés. D'autre part, les récurrences fréquentes de l'affection laissent penser qu'il existe nécessairement un point restreint de l'organisme où subsiste une réserve latente de virus en donnant à ce mot un sens très élargi qui ne permet de rien présumer de sa nature.

Les points communs avec le torticolis sont représentés par une rétraction générale de tous les tissus, si importante parfois qu'elle nécessite, pour obtenir une bonne correction, la sanglante opération de Phelps. Dans d'autres cas, pour vaincre la résistance persistante du triceps sural, il faut pratiquer un allongement du tendon d'Achille. Au cours de l'intervention, on découvre que la gaine du tendon a

complètement disparu, mais elle est remplacée par un processus de sclérose qui déborde largement le tissu péri-tendineux et intéresse l'aponévrose profonde. Il s'ensuit que l'allongement est difficile et que pour obtenir un redressement important la section doit porter également sur le tissu péri-tendineux et l'aponévrose profonde altérés. On fait les mêmes constatations au cours de l'opération du torticolis.

Voici deux observations qui permettent de vérifier l'analogie des lésions entre les deux affections:

Observation n° 1: F. M..., entré dans le service de chirurgie infantile et orthopédie du professeur Etienne, le 4 novembre 1940, à l'âge de 2 ans 11 mois.

Il s'agit d'un pied bot varus équin bilatéral soigné jusqu'ici d'une manière irrégulière pendant 4 mois, par des appareils de redressement simples, ensuite par des massages.

A gauche, la réductibilité paraît satisfaisante.

A droite, elle est impossible; il persiste même dans la botte plâtrée que l'on applique, un valgus prononcé.

Les différents appareils que l'on fait sont mal surveillés; la mère reprenant l'enfant chaque fois de telle sorte que lorsque celle-ci revient le 2 décembre 1941, il est nécessaire de pratiquer une tarsectomie cunéiforme dorsale externe suivant la technique classique.

Cette intervention est faite le 2 décembre pour le pied droit et le 16 décembre pour le pied gauche, qui s'est replacé en varus équin.

A nouveau la mère, chez elle, enlève les plâtres, sans secours médical et le 1er juillet 1942, il persiste encore un varus équin plus prononcé cette fois à gauche qu'à droite.

Le 12 juin, il faut pratiquer un allongement du tendon d'Achille du côté gauche et on constate alors, au cours de l'acte opératoire, qu'il existe une véritable sclérose du tissu

péri-tendineux et de l'aponévrose jambière profonde. Ces rétractions limitent le redressement obtenu à l'angle droit.

Observation n° 2: D. N... est vu le 1er novembre 1940 à l'âge de 8 jours et présente un pied bot varus équin gauche.

La déformation est assez prononcée: bord interne du pied à angle droit sur la jambe et impossible à réduire complètement. La malade est traitée par des redressements progressifs sans anesthésie générale et mise en place d'appareils plâtrés dans l'intervalle des séances de redressement.

Ténotomie du tendon d'Achille à un mois, nécessitée par la rétraction marquée.

A un an, le varus et l'enroulement sont parfaitement redressés, mais il persiste encore un certain degré d'équinisme et on se rend compte dans les mois qui suivent que cet équinisme augmente et qu'il est vraiment en rapport avec une rétraction du triceps sural.

Le 8 avril 1942, allongement du tendon d'Achille par doublement dans le plan frontal. La gaine synoviale, qui entoure ce tendon a disparu, le tissu sous-cutané est rétracté et adhérent, le tissu conjonctif latéro et pré-rotulien également, la rétraction intéresse ici l'aponévrose jambière profonde qu'il faut sectionner pour obtenir un redressement du pied. La section et l'allongement terminés, le pied est placé sans difficulté aucune dans une attitude correcte.

Maintenant, si on peut mettre en doute la valeur de ce rapprochement, il nous semble difficile de ne pas admettre la comparaison entre le torticolis congénital et les affections suivantes:

2° Rapprochement avec la spina-bifida-occulta:

Observation n° 1: en avril 1915, un soldat qui accomplissait son service militaire au moment de la mobilisation,

après avoir travaillé dans des conditions d'humidité particulière est pris brusquement d'une douleur violente dans le membre inférieur droit avec ascension thermique à 41. Evacuation avec le diagnostic de rhumatisme.

Il finit par arriver au centre de Lamalou où il est soigné par le docteur Guibert père. Un matin, à la visite, le docteur Guibert constate que le pied droit prend l'attitude caractéristique du varus équin avec contracture et rétraction des muscles commandant cette attitude. Finalement, le malade est réformé et pensionné avec le diagnostic de pied bot consécutif à une atteinte de rhumatisme.

Dans les 3 ans qui suivent, la déformation augmente, le pied gauche, à son tour, se place en varus équin. Le malade demande une révision de sa pension et le tribunal l'envoie pour expertise au professeur Etienne.

Celui-ci, au cours de l'examen complet, constate que ce sujet est porteur d'un spina-bifida-occulta intéressant la 11^e, 12^e dorsales et 1^{re} lombaire avec division très nette, en particulier, de l'apophyse épineuse de la 12^e dorsale.

Aucune autre lésion que ce spina-bifida-occulta ne peut expliquer l'attitude vicieuse prise par les deux pieds.

Autant qu'on peut en juger par l'examen clinique, cette attitude est dûe non seulement à la contracture, mais à la rétraction qui s'est faite et, semble-t-il, à la formation d'un tissu de sclérose qui intéresse également les tissus péri-tendineux.

Il s'agit donc là, incontestablement, d'une lésion véritablement cicatricielle en relation avec des lésions nerveuses du spina-bifida-occulta.

Nous ne pouvons évidemment pas, dans cette dernière affection, apporter un contrôle anatomique exact, mais toutefois, devant des rétractions musculaires aussi impor-

tantes qui intéressent tout le groupe postérieur du membre inférieur droit et qui s'étendent au membre inférieur gauche dont le pied est déformé en varus équin, on voit bien qu'une lésion congénitale du système nerveux peut déclencher après la naissance un processus de rétraction et de sclérose dans tout le territoire du centre nerveux intéressé par la maladie.

3° Rapprochement avec la paralysie spinale infantile :

Ici, les lésions sont faciles à observer, surtout quand l'extension de la paralysie et l'attitude vicieuse du membre inférieur amènent à pratiquer une opération de Putti, qui a pour but, en mettant la hanche en hyperextension, de permettre au sujet de marcher avec des cannes. La très belle observation qui suit est plus démonstrative que les plus longs commentaires.

Observation n° 1 : V. A..., âgé de 11 ans 1/2, entre le 20 mars 1933.

Présente des séquelles considérables de poliomyélite antérieure aiguë.

Non seulement, il existe une paraplégie totale, mais de plus, les membres inférieurs sont en flexion forcée, cuisses sur le bassin, jambes sur les cuisses et maintenues dans cette position par les rétractions des masses musculaires diverses.

On pratique donc l'opération de Putti au niveau du membre inférieur droit (triangle de Scarpa), il faut sectionner le droit antérieur, le psoas, le tenseur du fascia lata, le couturier. Après ces ténotomies, on constate que l'extension est encore limitée par une véritable gangue fibreuse qui enveloppe le paquet vasculo-nerveux. Force est d'immobi-

liser dans une position de correction incomplète de façon à éviter toute lésion traumatique de l'artère fémorale et du crural.

Ultérieurement section du grand et du moyen adducteurs; entre temps, le tissu de sclérose observé lors de la première intervention paraît, sous l'influence de plâtres successifs, avoir cédé.

Il apparaît donc, maintenant, facile d'obtenir entre les lésions du torticolis et celles des trois affections que nous venons de lui comparer une superposition assez exacte. Or, comme les unes découlent indiscutablement d'une atteinte du système nerveux, rien ne s'oppose à ce qu'on n'y rattache pas les autres. Ainsi, le sens des rapprochements que nous avons fait apparaît-il plus clairement: ils autorisent l'hypothèse de torticolis à origine centrale, telle que l'avait émise Golding Bird; ils ne la démontrent pas. Et, malheureusement, nous devons avouer que dans l'état actuel de la question, il nous est impossible d'affirmer, preuves en mains. Les petits malades atteints de torticolis ne sont pas en danger de mort et les nécropsies qui permettraient des examens systématiques du système nerveux ne peuvent pas être pratiquées. Ne le déplorons pas!

Cependant, nous avons pu retrouver dans la littérature une observation de torticolis congénital avec autopsie et examen histologique du système nerveux. Elle a été publiée en 1903 par Gallavardin et Savy, dans le *Lyon Médical*. Il s'agit d'un sujet de 60 ans porteur d'un torticolis depuis sa naissance et mort à l'hôpital d'un cancer à l'œsophage. Des coupes ont été pratiquées au niveau de la moelle cervicale où se place l'origine des nerfs cervicaux et le ganglion cervical du spinal. Voici le résultat de l'examen microscopique: « ...Atrophie très marquée de la corne antérieure de la

moelle du côté qui était le siège du torticolis... Elle est plus étroite, plus grêle, plus pédiculée. Il est à remarquer que l'atrophie porte sur la corne toute entière, tête, col, tractus intermedio latéralis et pas seulement sur cette dernière portion. Les grandes cellules radiculaires sont très diminuées, on en compte à peu près la moitié en moins dans la corne malade que dans la corne saine. Il en est de même des cellules nerveuses plus petites de la base de la corne et du tractus intermedio latéralis ».

A première vue, nous nous trouvons donc en présence de la vérification histologique de l'hypothèse de Golding Bird, c'est-à-dire, à un processus de poliomyélite localisé sur la moelle cervicale. Pourtant, on ne peut le certifier d'une façon catégorique, car la nature intime et la cause de l'atrophie constatée au niveau de la corne antérieure, demeurent pour nous autant de mystères. On reste toujours dans le domaine des suppositions et on est alors amené à se demander si l'on a affaire à une lésion médullaire primitive ayant déterminé les lésions du torticolis ou si, au contraire, c'est une lésion médullaire secondaire consécutive à une régression atrophique de l'axe gris correspondant au muscle lésé. Le sujet examiné étant âgé de soixante ans, on ne peut, dans de telles conditions, apporter une conviction ferme à ce que l'on avance. C'est ce qu'avaient fait Gallavardin et Savy, qui s'étaient contentés de relater l'observation sans conclure.

Aujourd'hui, grâce aux nouveaux éléments que nous avons recueillis et aux points de comparaison que nous avons établis, nous ne pouvons pas, certes, être plus formels, mais nous admettons cependant, en manière de conclusion, l'avis que nous avons souvent entendu de la bouche même de M. le professeur Étienne et que nous ramenons au torticolis congénital.

CONCLUSION

Les malformations congénitales, c'est-à-dire, les lésions observées après la naissance, ne sont que des séquelles de maladies qui ont évolué loin de notre observation. Ces maladies peuvent avoir des causes diverses.

En premier lieu, l'une des cellules germinatrices qui vont donner naissance à l'enfant peut être altérée avant la fécondation. Cela pourrait expliquer les observations de torticolis héréditaires rapportées par de nombreux auteurs.

D'autre part, l'œuf étant normal, il peut fort bien, au cours de son évolution intra-utérine être frappé par une maladie soupçonnée mais inconnue qui laisserait indemne l'organisme maternel. Il y a beaucoup de virus connus qui séjournent chez les individus porteurs de germes sans le moindre dommage pour eux. Cependant, ces individus sont extrêmement dangereux par le risque de contagion qu'ils représentent et ils sont à tous moments capables de transmettre la maladie à des sujets plus réceptifs. Pourquoi n'en serait-il pas ainsi de la mère au fœtus ? Et dans ce cas, la maladie qui frapperait ce dernier pourrait dans les cas extrêmes le tuer ou guérir sans laisser de traces, mais dans les cas moyens, elle provoquerait des suites durables, des séquelles tardives, en un mot ces troubles que l'on n'observe qu'après la naissance et auxquels on donne le nom de « congénitaux » pour en marquer la prove-

nance sans qu'on puisse en expliquer le mécanisme. Le torticolis congénital n'en est qu'un cas particulier et sa cause première peut logiquement être rattachée à une maladie des centres nerveux.

L'existence de lésions de myosite localisées dans le sterno-cleido-mastoïdien n'infirmes nullement la valeur de cette hypothèse. Elles sont indiscutables, mais Couvelaire a montré que très souvent le spirochète y est en cause. D'ailleurs dans la plupart des cas de cet ordre, le traitement mercuriel associé avec le port d'un petit appareil plâtré, prenant appui d'une part sur l'épaule, d'autre part sur la moitié correspondante du crâne, suffit pour amener la disparition de la lésion du sterno-cleido-mastoïdien et empêcher l'évolution du torticolis.

Nous pouvons donc nous résumer en cinq points :

1° Certains cas de torticolis congénitaux peuvent être dus à une lésion localisée dans le sterno-cleido-mastoïdien.

2° Dans l'immense majorité des cas, le point de départ paraît être une lésion centrale intéressant toute une région (région cervico-faciale).

3° Cette hypothèse est basée sur la multiplicité des lésions qui intéressent non seulement le sterno-cleido-mastoïdien, mais les tissus périmusculaires, les muscles de la nuque du même côté, le squelette, les articulations.

4° La seule autopsie dont les résultats ont été publiés, montrant l'altération de la corne antérieure de la moelle cervicale du côté de la lésion, serait en faveur de cette hypothèse.

5° Nous ignorons la cause première de ces altérations.

Ainsi, voilà amplement justifiée l'hypothèse de Golding Bird. Nous nous permettons d'espérer que des déductions plus profondes que les nôtres lui donneront un jour prochain toute sa valeur spéculative.

BIBLIOGRAPHIE

TRAVAUX CONSULTÉS

- BEELY. — Scoliosis capitis Caputobliquum.
Zeit. fur orthop. chir., 1893, Bd II, page 39.
- COUVELAIRE. — Hématome du sterno-cléido-mastoïdien et torticolis par myopathie congénitale.
Annales de Gynéc. et Obs., 1911.
Revue orthop., 1911.
- CUTZACH. — *Thèse Montpellier*, 1936.
- ETIENNE, LAPEYRIE et CABANAC. — Appareil pour correction du torticolis congénital.
Société des Sciences Médicales et Biologiques, Montpellier 1936.
- ETIENNE et CHEYNEL. — Sur la nature du torticolis congénital.
Société des Sciences Médicales et Biologiques, Montpellier, 1942.
- GALLAVARDIN et SAVY. — Sur un cas de torticolis congénital avec autopsie et examen du système nerveux.
Lyon Médical, 1903, page 767.
- GOLDBERG. — Le torticolis de naissance est-il d'origine obstétricale ou congénitale ?
Thèse Paris, 1911-1912.
- GOLDING BIRD. — Torticolis congénital.
Revue d'Orthopédie, 1891, tome II, page 88.
- KADER. — Das caput obstipum musculare.
Beit. zur. clin. chir., 1896, Bd XVII, page 207 ; 1897, Bd XVIII, page 173.
- NELATON-PEAN. — *Eléments de pathologie chirurgicale*, 1876, T. IV.
- NOVE. JOSSERAND, VIANNAY. — Pathologie du torticolis congénital (Théorie ischémique).
Revue d'orthopédie, septembre 1906, page 397.
- PETERSEN. — Caput obstipum.
Langenbeck archives, 1884 ; *Über den angeborenen musc-ularen schiefhals*, 1891, Tome I, page 86.
- SIPPEL. — Der angeborene musculare Schiefhals.
Deutsche zeitsch f. chirur., 1920, volume 155.
- STROMEYER. — *Opérative orthop. chirurgie*, 1905, Tome II, p. 425.
- ZELECHOWSKI NAFTALI. — *Thèse Paris*, 1931.

S E R M E N T

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

En ma qualité de Censeur de tour
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

*Essai sur la nature du Torti-
colis congénital.*

par M. A. PALANQUE.

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Vu:
Montpellier, le 1er juillet 1942

Le Professeur,
ETIENNE.

Montpellier, le 2 juillet 1942

Le Doyen,
GIRAUD.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 3 juillet 1942

Le Recteur,
SARRAILH.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises
dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées
comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approba-
tion ni improbation.



